

Contenido

1.- COMPROMISO DE LA ASEGURADORA:	3
I. DEFINICIONES.....	4
2.- DEFINICIONES	4
II. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL	5
3.- DOCUMENTACION CONTRACTUAL	5
III. ÁMBITO DE COBERTURA.....	6
4.- COBERTURAS	6
a.- COBERTURAS BASICAS	6
b.- COBERTURAS OPCIONALES	9
5.- EXCLUSIONES	9
6.- GASTOS EXCLUIDOS	10
7.- PERIODO DE COBERTURA.....	10
8.- ALCANCE TERRITORIAL	10
IV. LÍMITACIONES O RESTRICCIONES A LAS COBERTURAS	11
9.- LIMITACIONES DE LA INDEMNIZACIÓN.....	11
10.- ALCANCE DE LA COBERTURA.....	11
11.- SUMA ASEGURADA:.....	12
12.- DISPUTABILIDAD	12
13.- SUICIDIO.....	12
14.- BENEFICIARIOS.....	12
15.- CAMBIO DE BENEFICIARIOS.....	13
V. OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y TERCEROS RELEVANTES	13
16.- AGRAVACIÓN DE LAS CONSECUENCIAS DEL ACCIDENTE	13
17.- OMISIONES, DECLARACIONES RETICENTES O FALSAS	13
18.- EFECTO DEL SINIESTRO EN CASO DE OMISIONES, DECLARACIONES RETICENTES O FALSAS.....	14
19.- INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE LA EDAD	14
20.- PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALS.....	14
VI. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PRIMA.....	15
21.- PAGO DE LAS PRIMAS.....	15
22.- PLAZO DE GRACIA.....	15
23.- AJUSTE ANUAL DE PRIMAS	15

VII. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACION Y ATENCION DE RECLAMOS POR SINIESTROS	15
24.- AVISO DE SINIESTRO	15
25.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO	16
26.- DOCUMENTACION POR PRESENTAR	16
27.- PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN	17
28.- CONTACTO PARA CONSULTA DE RECLAMOS	18
VIII. VIGENCIA Y RENOVACIÓN	18
29.- VIGENCIA DEL SEGURO	18
30.- RENOVACIÓN DEL SEGURO	18
31.- TERMINACIÓN ANTICIPADA	19
32.- CADUCIDAD DEL SEGURO	19
IX. CONDICIONES VARIAS	19
33.- OBLIGACIONES DE LA ASEGURADORA	19
34.- MODALIDADES DE CONTRATACIÓN	20
35.- ELEGIBILIDAD	20
36.- CONDICIONES DE EMISION	20
37.- INCLUSION DE ASEGURADOS	20
38.- MODIFICACIONES DEL CONTRATO	21
39.- OTROS SEGUROS	21
40.- CERTIFICADO DE SEGURO	21
41.- VALORACION	21
42.- MONEDA	21
43.- CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN	21
44.- NORMAS SUPLETORIAS	22
45.- COMISION DE COBRO	22
46.- JURISDICCION	22
47.- RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	22
48.- DOMICILIO Y COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES	22
49.- REGISTRO ANTE SUGESE	22

SEGURO COLECTIVO SM-ESTUDIANTIL

1.- COMPROMISO DE LA ASEGURADORA:

SEGUROS DEL MAGISTERIO S.A., cédula jurídica número 3-101-571006, domiciliada en San José de Costa Rica, en adelante denominada LA ASEGURADORA, emite esta póliza de acuerdo con las Condiciones Generales que se indican a continuación, basándose en las declaraciones efectuadas por el solicitante, en adelante llamado el ASEGURADO en la solicitud de seguro.

La suscrita firmante, en mi condición de representante legal con facultades suficientes para este acto, declaro el compromiso contractual de LA ASEGURADORA de cumplir con los términos y condiciones de la presente póliza.

SEGUROS DEL MAGISTERIO S.A.
Cédula jurídica N. 3-101-571006

Teresa Arias Fuentes
Representante Legal

I. DEFINICIONES

2.- DEFINICIONES

- a. **Accidente:** Acción repentina fortuita e imprevista de forma involuntaria que ocasiona una lesión corporal traumática la cual puede ser determinada por un médico de una forma cierta.

Por extensión y aclaración, se asimilan a la noción de accidente:

- 1) Asfixia o intoxicación por vapores o gases, la asfixia por inmersión u obstrucción y electrocución.
 - 2) La intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado, consumidos en lugares públicos o adquiridos en tal estado.
 - 3) La hidrofobia y las consecuencias directas de picaduras o mordeduras de ofidios.
 - 4) El carbunco o tétano de origen traumático.
- b. **Asegurado:** Persona física miembro del grupo asegurado que reside en la República de Costa Rica, haya cumplido con lo dispuesto en la cláusula undécima “elegibilidad”, por la que se haya cancelado la correspondiente prima.
- c. **Atención primaria por accidente:** Nivel básico e inicial de asistencia médica que implica: diagnóstico, prevención y curación dentro de las 24 horas siguiente a la ocurrencia del evento.
- d. **Beneficiario:** Persona designada por el Asegurado para recibir los beneficios de la póliza en caso de siniestro.
- e. **Caza menor:** Forma de caza caracterizada por el tamaño de los animales a capturar que se ejercita sobre piezas de pequeño tamaño tales como la perdiz, la tórtola, el conejo, ciertas aves acuáticas y especies migratorias.
- f. **Certificado de póliza:** Documento en el cual se detalla la cobertura y condiciones generales del contrato.
- g. **Coaseguro:** Porcentaje a cargo del Asegurado, el cual se aplica al monto total de los gastos amparados por la cobertura una vez descontado el deducible.
- h. **Declaración falsa:** Se considera así cuando una circunstancia influyente sobre el riesgo es declarada de un modo que no corresponde a la realidad.
- i. **Declaración reticente:** Se considera así cuando una circunstancia influyente sobre el riesgo es omitida, declarada en forma incompleta, inexacta, confusa o usando palabras de equívoco significado.
- j. **Disputabilidad:** Plazo con el que cuenta LA ASEGURADORA para disputar la validez de las coberturas contratadas en relación con cualquier Asegurado por declaraciones reticentes o inexactas, o enfermedades preexistentes no manifestadas al perfeccionarse el contrato de seguro. El plazo se establece en Condiciones Particulares y/o Generales.
- k. **Emergencia:** Inicio repentino e inesperado de una condición aguda, con síntomas severos que requieren tratamiento médico inmediato dentro de las veinticuatro horas del mismo y de naturaleza tal que, de no proporcionarse dicho tratamiento se arriesgue la vida del paciente o cause deterioro de sus funciones vitales y cuya asistencia en un hospital o centro médico no puede ser demorada y como tal es catalogada por el centro médico o médico que la atiende.
- l. **Enfermedad:** Toda alteración de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente reconocido. Todas las enfermedades que existan simultáneamente, debidas a la misma causa o a otra relacionadas entre sí, serán consideradas como una misma enfermedad.
- m. **Enfermedades preexistentes:** Aquella condición (estado, enfermedad o padecimiento) por la cual un asegurado ha recibido, en los doce meses previos a la suscripción del seguro, consulta, tratamiento médico, prescritos por un médico, servicios, chequeos, controles y/o medicamentos, prescritos por un médico.
- n. **Estudiante:** Persona física matriculada en un Centro de Educación reconocido por el Ministerio de Educación Pública, una Universidad reconocida por el Consejo Nacional de Educación Superior (CONESUP) o guarderías infantiles con permiso vigente de funcionamiento extendido por el Ministerio de Salud.
- o. **Fecha de emisión:** Fecha que se indica en el certificado de póliza y en las condiciones particulares, a partir de la cual la póliza entra en vigor.

- p. **Gastos razonables y acostumbrados:** El monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad, considerando además, que sean las prestaciones que generalmente se suministran para el tratamiento de lesiones causadas por accidentes; característica y nivel de los tratamientos y servicios otorgados; y el prestigio, experiencia y nivel de las personas encargadas de la atención.
- q. **Grupo asegurable:** Aquel sobre el que se le hace la oferta de seguro colectivo. Está constituido por todas las personas físicas que pertenezcan al grupo que represente el TOMADOR DEL SEGURO y está conformado por personas naturales vinculadas bajo una misma persona jurídica, en virtud de una situación legal o reglamentaria, o que tiene con una tercera persona (tomador) relaciones estables de idéntica naturaleza y cuyo vínculo no se haya establecido con el propósito de contratar el seguro. La edad máxima para ingresar y la de permanencia se especifican en las condiciones particulares de la póliza.
- r. **Grupo asegurado:** Personas físicas que han cumplido con los requisitos para ser asegurados y dieron su consentimiento expreso en ese sentido.
- s. **Hospital o clínica:** Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que proporcione asistencia de enfermería las veinticuatro (24) horas del día y que cuente con instalaciones y facilidades para efectuar diagnóstico e intervenciones quirúrgicas. En ningún caso incluye hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, casa de reposo, o un lugar usado principalmente para la internación de enfermos mentales o tratamiento psiquiátrico, adictos a drogas o alcohólicos.
- t. **Incapacidad permanente:** Es la producida como consecuencia de un accidente originado después de la fecha de emisión de esta póliza. Corresponde a la pérdida irrecuperable de la capacidad orgánica o funcional de uno o varios de sus miembros.
- u. **Incapacidad total y permanente:** Es la producida como consecuencia de un accidente originado después de la fecha de emisión de esta póliza y que el asegurado sea declarado incapacitado por alteración o debilitamiento de su estado físico o mental, que produzca la pérdida del sesenta y siete por ciento (67%) o más de su capacidad orgánica o funcional que le impida desempeñarse en su profesión o actividad habitual y que el diagnóstico no es sujeto a revisión.
- v. **La aseguradora:** SEGUROS DEL MAGISTERIO S.A.
- w. **Periodo de carencia:** Comprende el tiempo a partir de la inclusión del Asegurado en el contrato de seguro durante el cual el seguro no tendrá efecto. Transcurrido este plazo, la cobertura se otorga una vez que ocurra el evento amparado.
- x. **Póliza:** Documento que contiene las condiciones que regulan el seguro. Forman parte integrante de ésta las Condiciones Generales, Particulares y Certificado de Seguro, los adenda que se emitan para complementar o modificarla, así como la solicitud de inclusión en el seguro, la declaración de salud, las pruebas médicas y cualquier otro documento relacionado con las condiciones del asegurado, contratante u otro que así se indique expresamente en las condiciones particulares.
- y. **Prima:** Precio del seguro, en cuyo recibo se incluirán, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.
- z. **Prima no devengada:** Porción de la prima pagada correspondiente al periodo de cobertura de una póliza que aún no ha transcurrido.
- aa. **Tomador del seguro:** Entidad legalmente constituida que contrata esta póliza en representación del grupo asegurado, frente al cual la aseguradora ha convenido en emitir la póliza. También podrá ser denominado como EL CONTRATANTE.

II. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

3.- DOCUMENTACION CONTRACTUAL

Constituyen esta póliza los siguientes documentos los cuales son los únicos válidos para establecer los derechos y obligaciones:

a) La solicitud de inclusión en la que constan las declaraciones del asegurado, conforme a las cuales han sido clasificados los riesgos, b) las condiciones generales y particulares y c) los adenda que se suscriban entre las partes.

El orden de prelación de esa documentación serán las condiciones particulares, las condiciones generales, la Solicitud de Seguro y los adenda que suscriban las partes.

Toda esa documentación será puesta en conocimiento del TOMADOR DEL SEGURO y el Asegurado de previo a la celebración del contrato, y LA ASEGURADORA al momento de la formalización del contrato le entregará la Solicitud de Seguro y las Condiciones Generales y Particulares que lo rigen y al Asegurado el Certificado de Seguro. También la documentación estará disponible para ambos cuando así lo soliciten en las oficinas de LA ASEGURADORA.

III. ÁMBITO DE COBERTURA

4.- COBERTURAS

a.- COBERTURAS BASICAS

LA ASEGURADORA entregará el monto asegurado seleccionado por el TOMADOR o Asegurado, según las coberturas contratadas que se detallan.

1. Gastos médicos por accidente:

LA ASEGURADORA cubrirá al Asegurado los gastos razonables y acostumbrados de asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria, de enfermeras y de medicamentos, hasta por el total de la suma asegurada bajo esta cobertura, en que se incurra como consecuencia directa de las lesiones sufridas por el asegurado en un accidente hasta agotar la suma asegurada, la aplicación de la suma asegurada para esta cobertura es por evento.

Los gastos de esta cobertura serán cubiertos de la siguiente manera: la atención primaria a través de proveedores de servicios médicos registrados dentro de la **Red Médica** autorizada por la ASEGURADORA, el resto de gastos, por medio de reembolso.

Coaseguro:

- Aplicará un coaseguro del 10% en caso de utilización de los servicios de atención medica directamente dentro de la Red Médica-SM.
- Aplicará un coaseguro del 15% en caso de utilización de los servicios de atención medica por libre elección.

En el caso de los gastos relacionados con estabilizadores, inmovilizadores u aparatos ortopédicos el coaseguro es del 35%.

En el caso de los gastos relacionados con estabilizadores, inmovilizadores u aparatos ortopédicos el coaseguro es del 35% (treinta y cinco por ciento).

La información actualizada de los proveedores de servicios de asistencia podrá ser consultada a través de la página Web de LA ASEGURADORA: www.smseguros.cr/red-medica.

2. Gastos funerarios:

LA ASEGURADORA se compromete a prestar a título de indemnización según el monto asegurado contratado, los servicios de asistencia funeraria que comprenden tanto el de funeraria como el de destino final, a través de la Corporación de Servicios Múltiples del Magisterio Nacional, proveedor de servicios auxiliares funerarios debidamente registrado o de un proveedor de libre elección del TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO. Se cubre la muerte en general, es decir, no está limitada a que sea por accidente.

No obstante la Aseguradora no indemnizará el monto asegurado en esta póliza, si el asegurado muere por causa no accidental durante los primeros 60 días naturales siguientes a la fecha de emisión del seguro. Este periodo no aplica en caso de muerte accidental.

3. Indemnización por pérdida de miembros o incapacidad permanente:

LA ASEGURADORA pagará al Asegurado el porcentaje de la suma asegurada de conformidad con el grado de incapacidad permanente, basándose en la tabla de indemnizaciones incorporada a esta póliza y que forma parte integrante de ella. Se cubre un único accidente durante todo el periodo de cobertura.

TABLA DE INDEMNIZACIONES POR INCAPACIDAD PERMANENTE:

Tipo de incapacidad	Porcentaje del monto asegurado
Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al Asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida.	100%
Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente.	100
Por pérdida de ambas manos o ambos pies, o de una mano y un pie.	100
Por pérdida total o irreparable de la visión de ambos ojos, de la audición de ambos oídos o del habla.	100
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular normal.	50
Sordera total e incurable de un oído.	15
Ablación de la mandíbula inferior.	50
MIEMBROS SUPERIORES	
Pérdida total de un brazo.	65%
Pérdida total de una mano.	60
Fractura no consolidada de una mano (seudo artrosis total).	45
Anquilosis del hombro en posición no funcional.	30
Anquilosis del codo en posición no funcional.	25
Anquilosis del codo en posición funcional.	20
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional.	20
Anquilosis de la muñeca en posición funcional.	15
Pérdida total del pulgar	18
Pérdida total del índice.	14
Pérdida total del dedo medio.	9
Pérdida total del anular o el meñique	8
MIEMBROS INFERIORES	
Pérdida total de una pierna	55%
Pérdida total de un pie.	40

Fractura no consolidada de un muslo (seudo artrosis total).	35
Fractura no consolidada de una rótula (seudo artrosis total).	30
Fractura no consolidada de un pie (seudo artrosis total).	20
Anquilosis de la cadera en posición no funcional.	40
Anquilosis de la cadera en posición funcional.	20
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional	30
Anquilosis de la rodilla en posición funcional.	15
Anquilosis del empeine (garganta de pie) en posición no funcional	15
Anquilosis del empeine en posición funcional	8
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 5 cm.	15
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos de 3 cm.	8
Pérdida total del dedo gordo del pie.	8
Pérdida total del otro dedo del pie.	4

Por pérdida total se entiende la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional, pero si la incapacidad se deriva de pseudo artrosis, la indemnización no podrá exceder del 70% de la que correspondería por la pérdida total del miembro u órgano afectado.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada, sólo que se hubiera producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que correspondería por pérdida del dedo entero si se tratara del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se tratara de otros dedos.

Combinación de Incapacidades:

Por pérdida simultánea de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido, sin que la indemnización total pueda exceder del 100%.

Lesiones no previstas:

La indemnización de lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede, constituyeran una incapacidad permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con la de los casos previstos y sin tomar en consideración la profesión del asegurado.

Peritaje

Si el asegurado no se conformare con la evaluación del grado de invalidez hecho por LA ASEGURADORA, se procederá a dicha evaluación por dos peritos médicos, nombrados uno por el Asegurado y otro por LA ASEGURADORA. En caso de discordia entre ellos, designarán un tercer perito. Si no hubiere acuerdo con ese nombramiento, el tercer perito médico será designado por el Presidente del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.

Los Peritos deberán practicar la evaluación ateniéndose a lo dispuesto en la Tabla de Indemnizaciones y su reglamentación, teniendo su dictamen fuerza obligatoria para ambas partes. Cada una de éstas pagará los honorarios y gastos de su perito y la mitad de su tercero.

Cancelación de cobertura

Al hacerse efectiva la indemnización por la cobertura de Incapacidad permanente por accidente, y esta sea igual o superior al 67%, se cancelarán la totalidad de coberturas contratadas.

b.- COBERTURAS OPCIONALES

1. Gastos médicos por emergencia:

LA ASEGURADORA reembolsará al asegurado los gastos razonables y acostumbrados de asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria, de enfermeras y de medicamentos hasta por el total de la suma asegurada bajo esta cobertura, en que se incurra como consecuencia directa de una emergencia.

La suma asegurada en esta cobertura, corresponderá a un 25% de la Suma Asegurada en la Cobertura de Gastos Médicos por Accidente.

Coaseguro:

- Aplicará un coaseguro del 10% en caso de utilización de los servicios de atención médica directamente dentro de la Red Médica-SM.
- Aplicará un coaseguro del 15% en caso de utilización de los servicios de atención médica por libre elección.

En el caso de los gastos relacionados con estabilizadores, inmovilizadores u aparatos ortopédicos el coaseguro es del 35%.

2. Subsidio para pago de gastos académicos por muerte o incapacidad total y permanente del padre, madre o tutor

LA ASEGURADORA pagará la suma asegurada para esta cobertura en caso de muerte en general -es decir no limitada a muerte accidental- del padre, madre o tutor del asegurado o en caso de incapacidad total y permanente a consecuencia de un accidente del padre, madre o tutor del asegurado.

El pago de esta cobertura estará condicionado en lo siguiente:

- No se cubre la muerte en caso de Enfermedades preexistentes del padre, madre o tutor.
- La Aseguradora no indemnizará el monto asegurado en esta póliza, si el padre, madre o tutor muere por causa no accidental durante los primeros 60 días naturales siguientes a la fecha de emisión del seguro. Este periodo no aplica en caso de muerte accidental.

5.- EXCLUSIONES

Las indemnizaciones previstas en esta póliza no se conceden, si la muerte o las lesiones son consecuencia de:

- La influencia de estupefacientes, drogas o bebidas alcohólicas.
- Consumación o tentativa de suicidio, homicidio, participación en delitos, duelos y riñas por parte del asegurado o de los beneficiarios, salvo que judicialmente por sentencia firme se haya establecido su actuación en legítima defensa.
- Auto mutilación o autolesión, o por lesiones inferidas al asegurado por sí mismo ya sea estando en su pleno juicio, enajenado mentalmente o por terceros con su consentimiento, cualquiera sea la época en que ocurra.
- Accidente que el Asegurado sufra como consecuencia de su participación en actos de guerra, rebelión, revolución, insurrección, conspiración, motín, sedición, huelga, perturbación del orden público o los que le sobrevengan si infringe las leyes o decretos relativos a la seguridad de personas, así como los provocados por cualquier otro acto notoriamente peligroso que no esté justificado por ninguna necesidad de su profesión o por la tentativa de salvamento de vidas o bienes.
- Participación activa del asegurado en acto terrorista, entendiéndose por acto terrorista toda conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o

grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquiera de sus segmentos.

- f) Accidente producido directamente o indirectamente, próxima o remotamente, por fisión o fusión nuclear.
- g) Accidente producido por terremoto, erupción volcánica, marejada, inundación, huracán y en general todo fenómeno de la Naturaleza de carácter catastrófico.
- h) Accidente que sobrevenga por la participación del asegurado en eventos de reconocida y alta peligrosidad, como carreras de automóviles, toreo, alpinismo, pesca submarina, competencias o entrenamientos de velocidad o habilidad en vehículos, naves, aeronaves o caballos.
- i) Cuando el asegurado viaje como piloto o tripulante en cualquier aeronave, excepto que sea como pasajero en una aerolínea comercial, sujeta a itinerario, operada por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros.
- j) Enfermedades conocidas o diagnosticadas de forma preexistente, de conformidad con la definición de “Enfermedades Preexistentes” presentada en la cláusula 9.
- k) Quemaduras resultantes de la sobre exposición al sol o del uso de lámparas o de rayos.
- l) Tomainas o infección bacterica, excepto que se tratare únicamente con una infección piógena que ocurra simultáneamente con, y a consecuencia de, una cortadura o herida accidental o visible.
- m) La participación del asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- n) La práctica o el desempeño de cualquier actividad que objetivamente constituya una flagrante agravación del riesgo, como ser la práctica de los siguientes deportes riesgosos: inmersión submarina, montañismo, alas delta, paracaidismo, toreo, alpinismo, ski acuático, competencias o entrenamientos de velocidad o habilidad en vehículos, naves, aeronaves o caballos y otros deportes considerados claramente riesgosos.

6.- GASTOS EXCLUIDOS

Están excluidos de esta póliza los gastos incurridos por:

- a) Tratamientos dentales, salvo que sean a consecuencia directa de un accidente cubierto por esta póliza y correspondan a la segunda dentición del asegurado.
- b) Reposición de anteojos, lentes de contacto y sus prescripciones, así como aparatos auditivos.
- c) Enfermedad.
- d) Tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean causados por un accidente amparado.
- e) Lesiones causadas voluntariamente al asegurado por su representante legal o beneficiario.
- f) Hernias inguinales.

7.- PERIODO DE COBERTURA

El período de cobertura será bajo la base de la ocurrencia del siniestro, es decir, el seguro cubrirá reclamos por siniestros acaecidos durante la vigencia de la póliza, aún si el reclamo se presenta después de vencida esta.

8.- ALCANCE TERRITORIAL

La cobertura de este seguro se extiende únicamente a la República de Costa Rica.

IV. LÍMITACIONES O RESTRICCIONES A LAS COBERTURAS

9.- LIMITACIONES DE LA INDEMNIZACIÓN

En las coberturas por gastos médicos por accidente y gastos médicos por emergencia, aplican las siguientes condiciones:

Consulta medico general:

Se hará un reintegro de un máximo de tres consultas médicas por evento o accidente.

Profesionales acreditados:

LA ASEGURADORA reembolsará los gastos provenientes de médicos autorizados para el ejercicio de su profesión, clínicas, hospitales, farmacias y laboratorios legalmente autorizados.

Coaseguro:

Coaseguro:

- Aplicará un coaseguro del 10% en caso de utilización de los servicios de atención medica directamente dentro de la Red Médica-SM.
- Aplicará un coaseguro del 15% en caso de utilización de los servicios de atención medica por libre elección.

En el caso de los gastos relacionados con estabilizadores, inmovilizadores u aparatos ortopédicos el coaseguro es del 35%.

Tratamientos odontológicos:

Los honorarios por tratamientos odontológicos ocasionados por un accidente se indemnizarán de acuerdo a las tarifas establecidas por el Colegio de Odontólogos de Costa Rica vigentes en el momento del accidente.

Ortopedia y rehabilitación:

El reintegro de los gastos por concepto de ortopedia o rehabilitación estará condicionado de la siguiente forma:

- Se pagan máximo dos consultas médicas por evento o accidente.
- Se pagan máximo cinco sesiones de rehabilitación por evento o accidente.
- Se pagarán máximo diez sesiones de rehabilitación por año póliza..
- Se cubre el pago de estabilizadores, inmovilizadores u aparatos ortopédicos; al costo razonable y acostumbrado aplicando un coaseguro único del 35% (treinta y cinco por ciento).

Transporte en ambulancia

Se paga un máximo de diez mil colones por transporte en emergencias al momento del accidente.

En la cobertura de gastos médicos e incapacidad permanente, LA ASEGURADORA, a su cargo, podrá nombrar un médico cuando lo considere conveniente para el análisis del reclamo, quien tendrá a su cargo la verificación de las lesiones, la inspección de la clínica u hospital en que se encuentre internado EL ASEGURADO, la comprobación y ajuste de los gastos.

10.- ALCANCE DE LA COBERTURA

El seguro opera únicamente dentro de la República de Costa Rica y cubre un accidente que pudiera ocurrir al Asegurado en su centro de enseñanza o en su vida particular, siempre que ostente la condición de estudiante al momento de suscribir el seguro; durante las veinticuatro (24) horas del día y mientras esta póliza se encuentre vigente.

Quedan incluidos en la cobertura los siguientes deportes, siempre que se practiquen como aficionado: atletismo, básquetbol, bochas, bolos, manejo de canoas, caza menor, ciclismo, deporte náutico a vela y/o motor, salvo en alta mar, equitación, esgrima, excursiones a montaña por carreteras o senderos, fútbol, gimnasia, golf, balonmano, hockey sobre césped, natación, patinaje, pelota al cesto, pesca (salvo en alta mar), remo, tenis, tiro (en polígonos habilitados), voleibol y polo acuático.

11.- SUMA ASEGURADA:

La suma asegurada para cada cobertura será de acuerdo al plan seleccionado por el tomador o asegurado según consta en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro.

12.- DISPUTABILIDAD

Las coberturas contratadas serán disputables por el plazo de dos (2) años con relación a cualquier Asegurado por enfermedades preexistentes, declaraciones reticentes o inexactas, de conformidad con lo establecido en el artículo 91 de la Ley 8956.

La ASEGURADORA podrá convenir con el Tomador del Seguro plazos diferentes de disputabilidad, lo cual deberá establecerse en las Condiciones Particulares.

Cuando la causa de la muerte fuera a consecuencia directa o indirecta del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), este seguro no pagará suma alguna por cualquier reclamo que se presente bajo esta condición durante el periodo de disputabilidad de dos (2) años, contabilizado a partir de la fecha de inclusión del asegurado.

Para cada aumento de monto asegurado se reinicia el período de disputabilidad y suicidio, por el incremento correspondiente.

13.- SUICIDIO

Si un asegurado comete suicidio durante el primer año de estar asegurado en la cobertura de Asistencia Funeraria o en la de subsidio para pago de estudios por muerte, sea que estuviere o no en pleno uso de sus facultades mentales al momento del suceso, LA ASEGURADORA sólo estará obligada a devolver las primas no devengadas menos los gastos ocasionados. Ese reintegro se hará a los beneficiarios designados.

14.- BENEFICIARIOS

Los beneficiarios de esta póliza serán, en orden excluyente:

- a) Los expresamente señalados por el asegurado.
- b) Aquellos que se determinen en el proceso sucesorio respectivo en caso de que el asegurado no haya designado beneficiarios, que éstos hayan premuerto o la designación se torne ineficaz o el seguro quede sin beneficiarios por cualquier causa.

Si designare a dos o más beneficiarios, se entenderá que lo son por partes iguales y con derecho a acrecer, salvo mención en contrario.

Cuando se nombre a un beneficiario menor de edad, su representación se estará a lo dispuesto para la autoridad parental o tutela, según lo regulado en los artículos 140 y 175 del Código de Familia, siguientes y concordantes.

Advertencia:

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

15.- CAMBIO DE BENEFICIARIOS

El Asegurado podrá en cualquier tiempo hacer nueva designación de beneficiario siempre que la póliza esté en vigor y no haya restricción legal en contrario. Para este efecto, el Asegurado hará una notificación escrita a LA ASEGURADORA, en el formulario que le será suministrado en las oficinas de Seguros del Magisterio. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, se conviene que LA ASEGURADORA pagará el importe del seguro al último beneficiario del que haya tenido conocimiento, sin responsabilidad alguna de su parte.

LA ASEGURADORA pagará válidamente a los beneficiarios registrados en esta póliza, y con ello quedará liberada de sus obligaciones, pues no le será oponible ningún cambio de beneficiario, realizado en testamento o fuera de él, que no le hubiese sido notificado con anterioridad a la ocurrencia del siniestro.

V. OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y TERCEROS RELEVANTES

16.- AGRAVACIÓN DE LAS CONSECUENCIAS DEL ACCIDENTE

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de éste, de un estado físico y/o mental anormal con respecto a la edad del Asegurado, o de una discapacidad física de cualquier naturaleza y origen, la indemnización que correspondiere se liquidará de acuerdo con las consecuencias que presumiblemente el accidente hubiera tenido sin la mencionada concausa, salvo que ésta fuera consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante su vigencia.

17.- OMISIONES, DECLARACIONES RETICENTES O FALSAS

La omisión, la reticencia o la **falsedad intencional de EL TOMADOR o los asegurados** sobre los hechos o circunstancias que, si hubiesen sido conocidas por LA ASEGURADORA, la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen su nulidad absoluta o relativa, según corresponda.

LA ASEGURADORA retendrá las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado ni el asegurado está sujeto a la práctica de exámenes o diagnósticos, la omisión, la reticencia o la inexactitud producirán igual efecto si el Tomador y/o Asegurado ha encubierto por dolo o culpa grave, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo, lo que deberá ser debidamente demostrado por LA ASEGURADORA.

Si la omisión o inexactitud no son intencionales, se procederá según se indica:

a) LA ASEGURADORA tendrá un mes a partir de que conoció la situación para proponer al tomador la modificación del contrato, lo que será efectivo a partir del momento en que se conoció el vicio. Si la propuesta no es aceptada en el término de quince días hábiles después de su notificación LA ASEGURADORA podrá, dentro de los siguientes quince días hábiles, dar por terminado el contrato conservando la prima devengada al momento que se notifique la decisión.

b) Si LA ASEGURADORA demuestra que de conocer la condición real del riesgo no lo hubiera asegurado podrá rescindir el contrato, en el plazo de un mes desde que conoció el vicio, reintegrando al tomador la prima no devengada al momento de la rescisión. El derecho del asegurador de proceder conforme a los incisos a) y b) caducará una vez transcurridos los plazos señalados quedando convalidado el vicio. Las sanciones contempladas en esta cláusula no se aplican si LA ASEGURADORA antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre los que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se dedica a subsanarlo o los acepta expresa o tácitamente.

18.- EFECTO DEL SINIESTRO EN CASO DE OMISIONES, DECLARACIONES RETICENTES O FALSAS

Si el siniestro ocurre antes de la modificación o rescisión del contrato, LA ASEGURADORA deberá rendir la prestación debida cuando el vicio no pueda reprocharse a EL TOMADOR. En caso de que la reticencia o inexactitud sea atribuible AL TOMADOR, LA ASEGURADORA brindará la prestación proporcional que le correspondería en relación con la prima pagada y aquella que debió haberse pagado si el riesgo hubiera sido correctamente declarado.

Si LA ASEGURADORA demuestra que de conocer la condición real del riesgo no hubiera suscrito el contrato, quedará liberada de su prestación y retendrá las primas pagadas o reintegrará las no devengadas, según el vicio sea o no atribuible a la persona asegurada respectivamente.

19.- INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE LA EDAD

Si respecto a la edad del Asegurado se comprobare inexactitud en la solicitud de inclusión o declaración de asegurabilidad, se aplicarán las siguientes normas:

- 1. Si la edad verdadera ESTA FUERA DE LOS LÍMITES AUTORIZADOS POR LA TARIFA DE LA ASEGURADORA, el contrato se considerará nulo. LA ASEGURADORA está obligada a informar al asegurado las edades límites a que este inciso hace referencia previo a la suscripción del contrato.**
- 2. Si la edad verdadera es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por LA ASEGURADORA, y**
- 3. Si la edad verdadera es menor, el valor asegurado se aumentará en la misma proporción establecida en el numeral anterior.**

20.- PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES

De conformidad con lo establecido por la normativa vigente en materia de legitimación de capitales, EL TOMADOR DEL SEGURO, el Asegurado y Beneficiario, se obligan con LA ASEGURADORA a diligenciar con datos ciertos y reales el formato que para tal menester se le entregue, así como suministrar la información que se solicite, tanto al inicio de la póliza, su renovación o al momento del pago de indemnizaciones. El incumplimiento de lo anterior será motivo para no emitir la póliza o de no renovarla, según corresponda.

VI. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PRIMA

21.- PAGO DE LAS PRIMAS

Las primas deben ser pagadas por anualidades anticipadas, pero pueden fraccionarse en pagos semestrales, trimestrales o mensuales. Su cancelación se hará en las oficinas principales de LA ASEGURADORA o en lugares que ésta designe, dentro de los plazos estipulados al efecto en las condiciones particulares de esta póliza.

22.- PLAZO DE GRACIA

Se concederá un plazo de gracia de treinta y un días naturales para la cancelación de la prima subsiguiente a la primera, cualquiera que sea la forma de pago convenida.

Durante el plazo de gracia, se considera el seguro en vigor y si ocurre algún siniestro, LA ASEGURADORA otorgará la indemnización, previa deducción de la prima causada o pendiente de pago por la renovación del seguro. Si la prima no es pagada antes de vencerse el plazo de gracia, LA ASEGURADORA procederá según lo dispuesto en el artículo 37 de la Ley 8956.

23.- AJUSTE ANUAL DE PRIMAS

La Aseguradora con base en el análisis de suficiencia de las tarifas podrá establecer nuevas primas para los planes a emitir así como modificar las primas en la renovación de la póliza, siempre que o notifique al contratante por lo menos con treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento.

El factor que se considerará para el ajuste anual de primas es el siguiente:

- Experiencia de la siniestralidad presentada de la cartera total de pólizas durante su último período anual.

La fórmula para el ajuste anual de las primas será de hasta un máximo del resultado de la siguiente fórmula:

% AJUSTE ANUAL DE PRIMAS = % AJUSTE POR SINIESTRALIDAD.

En donde:

% AJUSTE POR SINIESTRALIDAD: = % Siniestralidad Real / % Siniestralidad Esperada - 1.

En donde:

% Siniestralidad Esperada corresponderá al 46%.

VII. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACION Y ATENCION DE RECLAMOS POR SINIESTROS

24.- AVISO DE SINIESTRO

Los beneficiarios deberán dar aviso a LA ASEGURADORA de la muerte que pueda dar origen a una reclamación comprendida en los términos de esta póliza, en los formularios que para tal circunstancia le suministrará la ASEGURADORA dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer los hechos que dan lugar a la reclamación, salvo

caso de fuerza mayor, en cuyo caso y previa comprobación, el plazo se entenderá prorrogado por los días en que haya durado tal impedimento.

El asegurado, a petición de LA ASEGURADORA deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle la investigación del siniestro.

LA ASEGURADORA pagará la indemnización respectiva una vez cumplido el procedimiento y presentada la documentación que se detalla en los párrafos siguientes.

25.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

Para solicitar el pago de la indemnización, el asegurado o los beneficiarios según corresponda, deberán presentar los requisitos para el trámite del reclamo ante la Aseguradora, en el plazo indicado en la cláusula de Aviso de Siniestro.

Si el asegurado no puede realizar personalmente el aviso, podrá hacerlo mediante un apoderado debidamente facultado, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 1251, siguientes y concordantes del Código civil.

Una vez la Aseguradora haya aceptado el reclamo, cualquier indemnización pagada al amparo de esta póliza, será girada en un plazo no mayor de treinta días naturales. Para el caso de las indemnizaciones por concepto de gastos médicos por accidente o por emergencias e incapacidad permanente serán pagadas directamente al asegurado.

Si el asegurado es un menor de edad, LA ASEGURADORA girará la indemnización al padre, la madre o su tutor.

La indemnización por muerte será pagada a los beneficiarios designados en la solicitud de seguro.

26.- DOCUMENTACION POR PRESENTAR

La documentación por presentar ya sea por el asegurado o sus beneficiarios designados será de acuerdo con la cobertura de que se trate, según se indica a continuación.

I) Cobertura de gastos médicos por accidente o cobertura de gastos médicos por emergencia.

La indemnización de un siniestro por estas coberturas, serán cubiertos de la siguiente manera:

- a) **Pago Directo:** la atención primaria, a través de proveedores de servicios médicos registrados dentro de la **Red Médica** autorizada por la ASEGURADORA, para lo cual el asegurado o sus representantes deben comunicarse a al teléfono 2296-9471 y 2520-0210, correo electrónico costarica@redbridge.cc a fin de coordinar la atención con el proveedor correspondiente, de acuerdo con el caso particular de cada persona.

El asegurado no podrá acudir en forma directa a los proveedores, debe tramitar toda atención por la ocurrencia de un siniestro amparado en estas coberturas, a través de la Red Médica autorizada por la aseguradora.

b) **Pago por Reembolso**, para el restante de los gastos, contra presentación de facturas, para lo que deberá presentar:

- a) Aviso de siniestro en el formulario suministrado por LA ASEGURADORA.
- b) Declaración del médico, debidamente completa, en el formulario suministrado por la aseguradora.
- c) En el caso de tratamientos odontológicos:
 - i- Diagrama dental

ii- Radiografía. panorámica inicial.

- d) Las facturas originales debidamente autorizadas por la Administración Tributaria de los gastos efectuados, con el detalle de cada uno de los bienes y/o servicios recibidos por el Asegurado y el costo respectivo debidamente cancelado. (En caso que la factura indique materiales quirúrgicos o medicamentos HLC, es necesario presentar el desglose de los mismos).
- e) Recetas y prescripciones de: medicamentos, exámenes de laboratorio, radiológicos, artículos de apoyo (cabestrillo, férulas, muletas, entre otros), terapia física que indique sesiones recomendadas u otro examen para diagnóstico, y sus costos respectivos.
- f) Interpretación escrita de rayos X, ultrasonidos, campos magnéticos, entre otros).
- g) En caso de cirugía u operación presentar: a) Hoja de sala. b) Hoja de anestesia. C) Hoja Operatoria.
- h) El asegurado o quien legalmente lo represente firmará la boleta de autorización para revisar los expedientes clínicos donde el Asegurado ha sido atendido.
- i) Original y fotocopia por ambos lados, del documento de identidad vigente del Asegurado y constancia de nacimiento en el caso de menores de edad. .

II) Cobertura de gastos funerarios del asegurado o cobertura de muerte del tomador.

- a) Aviso de siniestro en el formulario suministrado por LA ASEGURADORA.
- b) Certificado de defunción expedido por la autoridad competente , donde se especifique(n) la(s) causa(s) de la defunción.
- c) Original y fotocopia del documento de identidad o constancia de nacimiento del asegurado fallecido cuando proceda, según corresponda.
- d) Indicar centros médicos donde recibió atención médica.
- e) Original y fotocopia, por ambos lados, del documento de identidad vigente del beneficiario o beneficiarios.

III) Cobertura de incapacidad permanente por accidente del asegurado o cobertura de incapacidad total y permanente del tomador

- a) Aviso de siniestro en el formulario suministrado por LA ASEGURADORA.
- b) Certificación original extendida por la autoridad competente indicando el diagnóstico de incapacidad, la fecha a partir de cuándo es efectiva y el porcentaje de impedimento físico otorgado.
- c) Original y fotocopia del documento de identidad vigente, en caso de menores, constancia de nacimiento, del asegurado, según corresponda.
- d) Indicar los centros médicos donde ha recibido atención médica.

En el caso de documentos emitidos en el extranjero, deben presentarse debidamente legalizados por las Autoridades consulares correspondientes. Los requisitos antes mencionados deberán presentarse en oficinas centrales o Sucursales de LA ASEGURADORA.

27.- PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

LA ASEGURADORA brindará respuesta a toda gestión mediante resolución motivada y por escrito, entregada en el lugar o medio señalado para la atención de notificaciones, en un plazo máximo de treinta días naturales a partir de su recepción.

Los pagos correspondientes a la indemnización que trata esta póliza, serán hechos por LA ASEGURADORA después de recibir y aprobar la documentación completa, incluyendo las pruebas legales y médicas relativas al siniestro.

De igual forma, LA ASEGURADORA estará obligada a efectuar el pago del siniestro dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que los beneficiarios acrediten, aún extrajudicialmente, su derecho ante LA ASEGURADORA y haya presentado la documentación exigida para ese efecto.

La obligación de indemnizar de LA ASEGURADORA se extinguirá si acredita que el TOMADOR o asegurado declararon, con dolo o culpa grave, en forma inexacta o fraudulenta hechos de que haber sido declarados correctamente podrían excluir, restringir o reducir esa obligación.

En caso de que la reclamación y/o los documentos presentados para sustentarlos fuesen en alguna forma fraudulentos, si en apoyo de ellas se utilizan medios o documentos engañosos o dolosos, si el siniestro fuere causado voluntariamente por el asegurado o con su complicidad o por su culpa grave o inexcusable, se perderá todo derecho a indemnización.

La indemnización será pagadera a los beneficiarios designados en la fórmula correspondiente, caso contrario, de acuerdo a lo establecido en el punto b) de la cláusula de Beneficiarios de estas Condiciones Generales.

Si hay desacuerdo en el monto de la indemnización, LA ASEGURADORA pagará la suma que haya reconocido, sin perjuicio de que se realice una valoración, según lo establecido en la cláusula de Valoración o que EL TOMADOR o asegurado reclame la suma adicional por otras vías.

En el recibo de pago, LA ASEGURADORA hará constar cuál es el monto en que no hay acuerdo.

28.- CONTACTO PARA CONSULTA DE RECLAMOS

Para información sobre consultas en general o del trámite del reclamo, puede contactar a LA ASEGURADORA en los siguientes medios:

Teléfono: 2211-9102

Fax: 2222-5431

Correo electrónico: indemnizaciones@smseguros.cr

VIII. VIGENCIA Y RENOVACIÓN

29.- VIGENCIA DEL SEGURO

Este seguro entra en vigor desde la fecha de emisión de esta póliza, según se detalla en las condiciones particulares y terminará el día inmediato anterior a la fecha de cada aniversario póliza.

30.- RENOVACIÓN DEL SEGURO

Este seguro es anual renovable y si el tomador del seguro no manifestare su opinión en contrario, la póliza se renovará automáticamente por igual período.

En cada renovación, LA ASEGURADORA podrá establecer nuevas condiciones en cuanto a las primas, previa comunicación por escrito al contratante con una anticipación de al menos treinta (30) días naturales a la fecha de renovación, de acuerdo con la tarifa según la edad actuarial del asegurado.

Se entenderá por edad actuarial a la correspondiente al cumpleaños más próximo del asegurado, ya sea pasado o futuro.

Las condiciones económicas de la renovación dependerán del resultado de la siniestralidad de la póliza en la vigencia inmediata anterior.

31.- TERMINACIÓN ANTICIPADA

Este contrato y sus anexos podrán ser terminados anticipadamente por EL TOMADOR DEL SEGURO o EL ASEGURADO en cualquier momento, mediante aviso escrito remitido a LA ASEGURADORA con al menos un mes de anticipación.

En el caso de la modalidad contributiva, LA ASEGURADORA comunicará a la dirección o medio señalado por el asegurado, según lo dispuesto en la cláusula de Comunicación, la decisión del TOMADOR con al menos un mes de antelación a la fecha de vencimiento del contrato, a fin de puede ejercer las acciones respectivas en resguardo de sus derechos.

LA ASEGURADORA tendrá derecho a conservar la prima devengada por el plazo transcurrido y deberá reembolsar la prima no devengada al asegurado. La percepción por parte de LA ASEGURADORA de suma alguna por concepto de prima después de la fecha de terminación anticipada no hará perder su efecto, debiendo LA ASEGURADORA reembolsar la suma recibida.

32.- CADUCIDAD DEL SEGURO

La protección de cualquier asegurado terminará automáticamente cuando se presente cualquiera de los siguientes casos:

- a) Cuando el asegurado termine anticipadamente por escrito la póliza.
- b) Termine la vigencia de la póliza.
- c) Muerte del asegurado.
- d) Cuando EL TOMADOR DEL SEGURO deje de pagar la prima del asegurado cubierto por esta póliza en el plazo establecido en la cláusula de Plazo de Gracia, siguiendo el procedimiento establecido en el artículo 37 de la Ley 8956.

En este caso, LA ASEGURADORA notificará al TOMADOR DEL SEGURO esta decisión en el medio o lugar señalado para atender notificaciones dentro del plazo de cinco días hábiles siguientes a la fecha en que incurrió en mora.

- e) Cuando dejare de pertenecer al Grupo Asegurado, salvo que el costo del seguro se haya cancelado mediante el sistema de Prima Única.
- f) Cuando EL TOMADOR DEL SEGURO termine anticipadamente por escrito la póliza. En los casos de modalidad contributiva, LA ASEGURADORA comunicará a la dirección o medio señalado por el asegurado, según lo dispuesto en la cláusula DOMICILIO Y COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES, la decisión del TOMADOR con al menos un mes de antelación a la fecha de vencimiento del contrato, a fin de puede ejercer las acciones respectivas en resguardo de sus derechos.
- g) Cuando en el momento de la renovación de la póliza el grupo asegurado sea inferior a veinte (20) personas, salvo que LA ASEGURADORA lo acepte expresamente.

IX. CONDICIONES VARIAS

33.- OBLIGACIONES DE LA ASEGURADORA

La ASEGURADORA deberá:

- a) Entregar en el medio designado por el asegurado para recibir notificaciones un certificado individual de cobertura en el que se especificará la descripción y monto de cada una de las coberturas contratadas.
- b) Notificar al asegurado cualquier decisión que tenga por objeto la rescisión, terminación anticipada o nulidad de este contrato, para que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses.
- c) Entregar a los integrantes del grupo asegurable y a la persona asegurada idéntica información, en iguales términos y condiciones como si se tratara de un contrato de seguro individual, en especial, las cláusulas de disputabilidad y exclusiones de la póliza.

El incumplimiento de lo anterior, generará la ineficacia de la aplicación de esas cláusulas frente a la persona asegurada.

34.- MODALIDADES DE CONTRATACIÓN

La modalidad de contratación de este seguro podrá ser cualquiera de las siguientes:

- a. Contributiva: Los miembros del grupo deben contribuir con parte o la totalidad de la prima.
- b. No contributiva. El TOMADOR paga la totalidad de la prima.

35.- ELEGIBILIDAD

Son elegibles aquellas personas que formen parte del Grupo Asegurable cuya edad se ajuste a la especificada en la cláusula de Condiciones de Emisión y que al momento de suscribirla no padezcan de enfermedades, estados o lesiones congénitas o crónicas que puedan dar origen a un reclamo a raíz de esos padecimientos.

36.- CONDICIONES DE EMISION

Esta póliza no tiene limitaciones en cuanto a la edad de contratación, en la medida en que trate de un estudiante en los términos en que se define en este seguro. Para el padre, madre o tutor del asegurado en las coberturas de muerte o incapacidad total y permanente la edad mínima de suscripción es de 18 años inclusive, sin límite de edad. Sin embargo, para los mayores de 65 años se aplicaran las tarifas en uso por la aseguradora, de acuerdo con la edad alcanzada. En todas las coberturas los asegurados deben encontrarse en buen estado de salud.

37.- INCLUSION DE ASEGURADOS

El miembro del Grupo asegurable debe completar la fórmula suministrada por LA ASEGURADORA, en la que solicita su inclusión en el seguro. También deberá llenar la designación de beneficiarios, lo cual debe quedar respaldado por su firma.

LA ASEGURADORA dentro de un plazo que no excederá de treinta días naturales comunicará la aceptación o rechazo de la solicitud y de ser necesario, solicitará las pruebas de asegurabilidad respectivas. Si la solicitud de inclusión es aceptada LA ASEGURADORA lo incluirá en el registro de asegurados y generará el Certificado de Seguro que se le hará llegar al Asegurado, mediante el contratante, el intermediario o al lugar o medio señalado para notificaciones.

38.- MODIFICACIONES DEL CONTRATO

Cualquier cambio a las condiciones de esta póliza debe constar por escrito, en idioma español y debidamente firmado por las partes. Los cambios que se hagan deberán ser comunicados al asegurado en la dirección o medio que haya señalado para atender notificaciones, según lo dispuesto en la cláusula DOMICILIO Y COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES .

39.- OTROS SEGUROS

Si el ASEGURADO gozara de otro u otros seguros de otras compañías que cubran idénticos gastos, la suma a indemnizar por LA ASEGURADORA será proporcional entre todos los seguros sin exceder el ciento por cien (100%) del gasto, para lo que LA ASEGURADORA coordinará los pagos con las otras compañías. Esta condición no aplica en el caso de incapacidad permanente.

40.- CERTIFICADO DE SEGURO

La ASEGURADORA entregará a cada Asegurado en forma personal o mediante correo certificado en la dirección consignada en la solicitud de seguro, en un plazo máximo de diez días hábiles contados a partir de la solicitud de inclusión en el seguro cuando sea por inclusión automática y en el caso requiera un proceso de selección, el plazo comenzará su cómputo a partir de la aceptación, un certificado individual de cobertura denominado Certificado de Seguro.

41.- VALORACION

De mutuo acuerdo entre las partes, se podrá acordar la práctica de una valoración o tasación si hay desacuerdo respecto del monto de la pérdida al momento de ocurrir el siniestro, lo que se llevará a cabo por uno o más peritos.

El costo de los honorarios será cubierto por las partes en idéntica proporción. En caso de que no haya interés o acuerdo respecto de la realización de la valoración, se podrá acudir al procedimiento establecido en la cláusula de RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.

42.- MONEDA

Salvo pacto en contrario dentro de las condiciones particulares del seguro, tanto el pago de las primas que corresponda como las indemnizaciones que tengan lugar, conforme a las obligaciones de este CONTRATO, deben liquidarse en moneda nacional en las oficinas de LA ASEGURADORA.

43.- CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

La información confidencial que EL TOMADOR DEL SEGURO y/o asegurado y/o beneficiario brinden a LA ASEGURADORA será tratada como tal.

El incumplimiento de lo anterior dará derecho al perjudicado cobro de los daños y perjuicios que se le ocasionen, sin perjuicio de cualquier otra acción legal que corresponda.

LA ASEGURADORA, su personal Directivo y de planta están obligados a guardar el deber de confidencialidad de la información frente a EL TOMADOR DEL SEGURO y las personas aseguradas y solo quedarán liberados de ese deber mediante convenio escrito, diferente de este contrato, en el que se expresen los fines del levantamiento de la confidencialidad y el alcance de la disseminación de los datos.

De igual modo, queda a salvo del deber de confidencialidad los datos que sea necesario exponer ante cualquier autoridad competente, pero queda prohibida la divulgación de datos no relacionados directamente con el conflicto.

44.- NORMAS SUPLETORIAS

En todo lo que no esté previsto en este contrato se aplicarán las estipulaciones contenidas en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley Reguladora del Contrato de Seguros, normativa emanada de la Superintendencia General de Seguros, Código de Comercio, Código Civil y cualquier otra que resulte aplicable.

45.- COMISION DE COBRO

Por la recaudación de las primas LA ASEGURADORA reconocerá al Tomador del seguro el porcentaje de comisión de cobro que se especifique en las Condiciones Particulares de esta póliza.

46.- JURISDICCION

Serán competentes para dirimir las discrepancias que pudieran suscitarse entre LA ASEGURADORA por un lado, el TOMADOR DEL SEGURO, asegurado y los beneficiarios por otro, los Tribunales de Justicia de Costa Rica.

47.- RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Cualquier controversia que surja o se relacione con este contrato, su interpretación y cumplimiento podrá ser sometida de común acuerdo entre partes para su solución, a alguno de los procedimientos previstos en la Ley de Resolución Alternativa de Conflictos y Promoción de la Paz Social n° 7727 de 9 de diciembre de 1997, en cualquiera de los centros establecidos en el país, creados para la dirección y control de este tipo de procesos.

48.- DOMICILIO Y COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados en el contrato se fija como domicilio la ciudad de San José en la República de Costa Rica. Las comunicaciones entre las partes se harán al domicilio señalado por el Tomador y/o Asegurado, y en el caso de LA ASEGURADORA en sus oficinas centrales en San José, calle primera, avenida diez, o bien, al medio señalado en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro.

49.- REGISTRO ANTE SUGESE

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P20-64-A02-406 de fecha 24 de enero de 2013.